

VII. SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS ET DES ÉCONOMIES ASSOCIÉES

VII.1. Le contexte : le plan 2015-2017 pour l'efficacité et la performance du système de soins

En 2016, la montée en puissance des actions du plan ONDAM 2015-2017 pour l'amélioration de l'efficacité du système de soins doit permettre de maîtriser la progression des dépenses d'assurance maladie, avec 4 axes principaux : la qualité et l'efficacité de la dépense hospitalière, le virage ambulatoire, la maîtrise des prix des produits de santé et le développement des génériques, la pertinence et le bon usage des soins.

Ce plan 2015-2017 présenté par la Ministre de la santé vise à engager une évolution structurelle du système de soins, dans le cadre de la stratégie nationale de santé, en maîtrisant l'évolution de la dépense. Il doit se traduire par une réorganisation profonde de l'offre de soin, avec comme impératif une exigence accrue de qualité des soins et la non dégradation des équilibres financiers des établissements de santé. Les quatre axes doivent permettre de réaliser un peu plus de 10 milliards d'euros d'économie.

Dans le cadre du programme de stabilité présenté en avril 2015, le gouvernement s'est engagé à maîtriser la progression des dépenses d'assurance maladie à 1,75% en 2016, ce qui implique de réaliser 3,4 milliards d'euros d'économies par rapport à la croissance tendancielle des dépenses.

VII.2. Les grands axes des propositions de l'Assurance maladie

L'Assurance maladie propose plusieurs mesures et orientations pour renforcer la prévention, faciliter l'accès à des soins de qualité, agir sur la pertinence des soins et maîtriser l'évolution des dépenses de santé. Il s'agit notamment de :

- ✓ **Investir dans la prévention** en agissant en amont sur des facteurs de risque de pathologies lourdes et coûteuses : pour réaliser ces gains à moyen terme, il convient de conduire des expérimentations d'interventions de prévention en se donnant les moyens d'en évaluer l'efficacité et le rapport coût-efficacité, pour pouvoir fonder d'éventuels programmes à plus grande échelle. Ces démarches doivent en priorité être développées sur la prévention du diabète pour les personnes à haut risque et la prévention de l'obésité par la prise en charge du surpoids de l'enfant.
- ✓ **Promouvoir l'accès aux soins**, pour garantir une prise en charge de qualité et au bon moment en déployant au niveau national les actions PLANIR issues de l'évaluation, L'accès aux soins dentaires doit faire l'objet d'actions particulières à la fois en termes de prévention et de maîtrise des dépassements en s'appuyant sur la négociation conventionnelle (centres de santé en 2015).
- ✓ **Retarder l'arrivée des phases aggravées des pathologies chroniques** en améliorant la prise en charge en amont, ce qui permet à la fois des gains de santé pour les patients et des gains financiers en évitant des hospitalisations ou retardant des traitements lourds) : la prévention du passage au stade de la suppléance pour l'insuffisance rénale chronique, le renforcement de la prise en charge après un accident ischémique transitoire pour éviter des

AVC ou encore la meilleure détection du risque d'ostéoporose pour réduire les récides de fractures constituent ainsi des enjeux d'amélioration.

- ✓ Promouvoir de manière résolue **le virage ambulatoire et les prises en charge extra-hospitalières**, en se donnant l'ambition de soigner mieux et moins cher : la réhabilitation améliorée après chirurgie doit être développée ; le déploiement de Prado en maternité et orthopédie doit faciliter la prise en charge en ville en aval de l'hospitalisation et ainsi permettre la réduction des durées de séjour et éviter le recours à des structures quand ce n'est pas utile ; les nouvelles techniques de dialyse à domicile, actuellement en phase d'essai clinique, doivent inciter à mettre en place une stratégie de redéploiement vers la prise en charge ambulatoire pour les patients dialysés et intégrer cette dimension dans les expérimentations de la LFSS 2014.
- ✓ Accroître **la pertinence des actes et des prescriptions** tant en ville que dans les établissements de santé : l'extension du champ des actes chirurgicaux donnant lieu à des programmes pertinence dit être poursuivie (cholécystectomies) en incluant les examens pré-anesthésiques inutiles, la contractualisation avec les établissements hospitaliers sur les médicaments prescrits en ville doit être approfondie en fixant des objectifs personnalisés pour réduire la variabilité des pratiques, des référentiels sur les analyses de biologie courante doivent être élaborés et diffusés, de même que les référentiels pour une meilleure prescription d'arrêts de travail avec une action concomitante sur la prévention de la désinsertion professionnelle.
- ✓ Privilégier des modalités de soins qui **concilient qualité de prise en charge et recherche de l'optimisation du coût** : ainsi en matière de prise en charge de l'apnée du sommeil, il convient de favoriser le développement de l'orthèse d'avancée mandibulaire ; en matière de transport, plusieurs leviers doivent être combinés pour mieux orienter dans le choix du mode de transport (carte de transport assis, plateformes de gestion des transports en sortie d'hôpital, rapprochement des prix taxis/ VSL pour les transporteurs sanitaires ayant les deux types de transports). Les analyses du rapport montrent également la possibilité, au sein des établissements de santé, d'optimiser les processus de prise en charge chirurgicale pour réduire les coûts (exemple de la cataracte).
- ✓ Mieux **anticiper et organiser la diffusion des innovations thérapeutiques coûteuses apparaît enfin un enjeu crucial pour les prochaines années**. Un dispositif de veille doit être organisé afin de mieux anticiper l'arrivée des produits de santé et l'actualisation des recommandations d'usage ou l'ajustement des prix en fonction des populations traitées doivent être plus rapides. Le contrôle des prescriptions effectuées en ATU, post-ATU, RTU doit être renforcé pour mieux faire respecter les règles de prescription et conduire les évaluations nécessaires. La législation doit être modifiée pour que le reversement lié à l'écart de prix final du médicament sur la période post-ATU se fasse à partir du prix réel et non seulement facial. La liste des produits facturés en sus des GHS doit être actualisée pour notamment ne pas comporter des molécules qui, dans certaines indications, n'apportent pas d'amélioration du service rendu.

Les mesures identifiées par l'Assurance maladie dans ce rapport viennent ainsi documenter et illustrer des gains de qualité et d'efficacité qui peuvent être ainsi réalisés pour conforter les axes du plan triennal et contribuer au respect des objectifs d'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Ces améliorations s'inscrivent dans les axes prioritaires du plan 2015-2017 :

- ✓ Le renforcement du virage ambulatoire pour améliorer la prise en charge en ville, développer la prévention et éviter des complications et ré-hospitalisations : AVC, détection de l'ostéoporose, IRC, montée en charge de programmes PRADO ;
- ✓ L'efficience de la dépense hospitalière avec la gestion de la liste en sus pour les produits de santé notamment ;
- ✓ Le développement des génériques, notamment en faisant converger les pratiques de prescription des établissements de santé en ville vers les meilleurs taux de prescription dans le répertoire ;
- ✓ Le développement des actions sur la pertinence et le bon usage des soins : traitement de l'apnée du sommeil, médicaments antidiabétiques ou anti TNF, examen pré-anesthésiques en établissements de santé, biologie, transports, arrêts de travail....

Ainsi, sur les différents processus de soins ou produits de santé examinés, il apparaît possible d'identifier des améliorations dans la qualité de la prise en charge et des économies pour l'assurance maladie à hauteur de près de 3 milliards d'euros sur trois ans dont environ 715 millions d'euros la 1ère année en 2016.

<i>en M€</i>	Gain à moyen terme (3 ans)	Gain en 2016	Commentaire
Renforcer la prévention			
IRC : mieux prévenir la phase de suppléance aux stades 4 et 3B de la maladie rénale chronique	127,5 M€	32,2 M€	La prévention ferait baisser l'évolution globale des dépenses de 0,2 point (passant de 4,9 à 4,7% par an). Pour la 1ère année, il s'agit de retarder le traitement de suppléance pour 10% des patients incidents ; l'effort est accentué sur les 2 années suivantes pour éviter 480 mises en dialyse ou greffes au terme de 3 ans
Ostéoporose : prévention et détection de l'ostéoporose lors des interventions de chirurgie orthopédique pour prévenir les récurrences de fracture	12,6 M€	2,3 M€	Renforcement de la prise en charge en ville et de la détection de l'ostéoporose, après hospitalisation pour fracture, permettant d'éviter des ré-hospitalisations.
Virage ambulatoire			
Développement des programmes PRADO pour limiter les ré-hospitalisations, accompagner la réduction de la DMS et faciliter l'orientation vers le domicile	836,4 M€	170,8 M€	Montée en charge des différents volets
<i>Maternité</i>	<i>238,1 M€</i>	<i>78,4 M€</i>	350 000 patientes en 2016/400 000 en 2017/450 000 en 2018
<i>Orthopédie</i>	<i>326,1 M€</i>	<i>68,7 M€</i>	30 000 patients en 2016/60 000 en 2017/85 000 en 2018
<i>IC</i>	<i>214,4 M€</i>	<i>22,1 M€</i>	15 000 patients en 2016/40 000 en 2017/65 000 en 2018
<i>BPCO</i>	<i>9,4 M€</i>	<i>0,3 M€</i>	1 000 patients en 2016/6 000 en 2017/18 000 en 2018
<i>Plaies</i>	<i>48,4 M€</i>	<i>1,3 M€</i>	1 500 patients en 2016/15 000 en 2017/40 000 en 2018
<i>AVC</i>	<i>5,4 M€</i>	<i>0,2 M€</i>	1000 patients en 2016/5000 en 2017/20000 en 2018
Développement des génériques			
Prescription des établissements de santé en ville : améliorer la contractualisation avec les établissements en fixant des objectifs personnalisés sur la prescription dans le répertoire	116,4 M€	38,8 M€	Faire converger le taux de générique des médicaments prescrits par les établissements de santé en ville vers les meilleurs pratiques sur 5 classes

Pertinence et bon usage des soins			
Apnée du sommeil : développer la place des orthèses d'avancée mandibulaire dans la stratégie thérapeutique	174,5 M€	38,8 M€	Transférer progressivement 20% des traitements par PPC vers un traitement par OAM (10% puis 15% 2ème année puis 20%)
Examens pré-anesthésiques en établissement de santé	58,5 M€	19,5 M€	Réduire les examens pré-anesthésiques non pertinents notamment les hémostases chez l'adulte
Biologie : diminuer les redondances d'examens et les tests non pertinents avec la production et diffusion de référentiels	201,6 M€	39,3 M€	Ramener à 3 le nombre d'examens d'EAL sur 3 ans (soit une baisse de 14%), dépistage du diabète
Médicaments de la liste en sus : actualiser la liste en gérant l'inscription par indication	317,3 M€	85,1 M€	Actualiser la liste en sus plus régulièrement et notamment réintégrer certaines molécules en ASMR V dans le tarif du GHS
Médicaments antidiabétiques : faire mieux respecter les recommandations, indications de l'AMM et indications thérapeutiques remboursables	336,0 M€	82,1 M€	Faire mieux connaître et respecter les indications des médicaments antidiabétiques
Médicaments anti TNF : améliorer l'efficacité de la prescription dans la prise en charge des MICI	85,1 M€	28,4 M€	Inciter les prescripteurs à prescrire d'abord les immunosuppresseurs avant les anti-TNF
Transport : développement des plateformes de commande de transport pour les établissements de santé, tarifs du TAP	546,8 M€	109,4 M€	Développement des plateformes avec un cahier des charges national permettant une substitution de 20% des trajets d'ambulance par du TAP, harmonisation des tarifs du TAP pour les entreprises de transport sanitaire à double activité
Arrêts de travail : développer les référentiels pour une meilleure prescription d'arrêts de travail et améliorer le suivi pour prévenir la désinsertion professionnelle	300,0 M€	100,0 M€	Actions d'accompagnement auprès des médecins généralistes pour diffuser les référentiels, agent facilitateur pour aider à la reprise d'activité
TOTAL des gains sur les processus étudiés	2 985 M€	715 M€	

Annexe 1 – Suivi de la mise en œuvre des propositions
pour 2015

Propositions pour 2015	Mise en œuvre des propositions juin 2015
1 - Virage ambulatoire	
Proposition 1 : Rejoindre en cinq ans la moyenne de l'OCDE pour la durée de séjour maternité	
<ul style="list-style-type: none"> • Le déploiement du programme PRADO doit permettre d'accompagner cette évolution. Sur les données 2013, l'évaluation a montré une DMS légèrement plus faible pour les adhérentes PRADO (3,99 jours) que pour les autres mères (4,10 jours pour les éligibles). • Pour renforcer cette dynamique, un protocole d'expérimentation pour la prise en charge des sorties précoces a été signé avec les sages-femmes en mars 2015 et sera déployé dans une trentaine d'établissements au cours de l'année. • En parallèle, l'ANAP a été missionnée par le Ministère et la CNAMTS pour analyser auprès de 4 établissements l'impact du programme en termes d'organisation. Une nouvelle évaluation sur les données 2014 sera disponible à l'automne 2015. 	
Proposition 2 : Ajuster la durée moyenne de séjour pour les prothèses de hanche et de genou, hors traumatologie	
<ul style="list-style-type: none"> • Sur les données 2013, l'évaluation a montré que la DMS dans les établissements de Saint-Lô où PRADO Orthopédie est mis en place (site le plus représentatif où le nombre d'adhésions a été le plus élevé en 2013) est plus faible que la DMS dans les établissements France entière pour la prothèse de hanche. • La généralisation du programme s'étant déroulée sur l'année 2014, cet indicateur sera de nouveau évalué sur un nombre d'adhésion plus important (7300 en 2014). • En complément, l'Assurance Maladie travaille en collaboration avec les sociétés savantes de manière à promouvoir le développement de la réhabilitation améliorée (cf. charges et produits 2016). 	
Proposition 3 : Piloter l'offre de chirurgie orthopédique pour atteindre un volume minimal d'activité pour les plateaux techniques (productivité/qualité)	
<p>L'objectif est de favoriser une réorganisation par une mise en commun des moyens de établissements afin d'améliorer la qualité et l'efficacité : cette action, qui relève du pilotage du ministère de la santé et des agences régionales de santé, pourra utilement s'appuyer sur la mise en place des GHT (groupements hospitaliers de territoire) prévus par la loi de modernisation de notre système de santé en cours de discussion au Parlement. Il est donc prématuré de faire un bilan de sa mise en œuvre.</p>	
Proposition 4 : Améliorer la pertinence du recours aux soins de suite et réadaptation et favoriser la rééducation à domicile en application des recommandations de la HAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Généralisation du PRADO Orthopédie en 2014 avec plus de 310 établissements adhérents sur l'ensemble du territoire et plus de 7300 adhésions en 2014. • Plus de 5000 adhésions sur les 4 premiers mois de 2015 (plus de 4200 infirmiers, plus de 3000 masseurs-kinésithérapeutes et environ 4000 médecins traitants ont pris en charge au moins un patient depuis janvier 2015). 	

Proposition 5 : Définir un objectif volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire et faire évoluer les tarifs sur une période pluriannuelle en fonction de cet objectif	
<ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre du plan ONDAM 2015-2017, un objectif de 62% a été fixé à horizon 2020, avec la poursuite d'une politique tarifaire incitative à l'appui. 	
Proposition 6 : Développer la mise sous accord préalable pour promouvoir la chirurgie ambulatoire et renforcer son efficacité	
<ul style="list-style-type: none"> • La procédure de mise sous accord préalable est poursuivie avec une nouvelle campagne en 2015 et une extension des gestes marqueurs, de 43 gestes en 2014 à 55 gestes en 2015. 	
2 - L'amélioration de la pertinence des actes et des prescriptions	
Proposition 7 : Mettre en place un accord prix volume global permettant d'optimiser la dépense de médicaments sur les trois prochaines années	
<ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre de la LFSS 2015, le dispositif du taux K a été revu avec la définition d'une enveloppe L et la mise en place par ailleurs d'un mécanisme spécifique aux traitements de l'hépatite C (enveloppe W) afin de permettre de maîtriser le coût pour l'assurance maladie de ces traitements innovants tout en permettant leur accès à la population. Des actions d'accompagnement et de contrôle sont détaillées dans la proposition 8. 	
Proposition 8 : Accompagner cet accord d'outils permettant, au sein de l'enveloppe, d'optimiser la prescription	
	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de lutte contre la iatrogénie chez les personnes âgées : déploiement d'une action d'accompagnement auprès de 7000 médecins généralistes sur le thème du risque iatrogénique et sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée dès fin 2014 ; actions renforcées prévues d'ici fin 2015 avec les outils STOPP-START et actions auprès des EHPAD.
	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse des prescriptions contenant des associations contre-indiquées menée par la CNAMTS, rapprochement avec l'ANSM en cours pour consolidation en vue d'établir des modalités d'actions adaptées.
	<ul style="list-style-type: none"> • Action de contrôle des médecins ayant un fort taux d'utilisation de la mention « non substituable » débutée en 2014 : finalisation en cours en 2015 afin de donner lieu aux suites contentieuses prévues.
	<ul style="list-style-type: none"> • Travaux sur une option conventionnelle et une évolution des indicateurs de la ROSP en matière de prescription en cours en vue de la négociation de la nouvelle convention en 2016 (échéance septembre 2016).
	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de la procédure de DAP (demande d'accord préalable) en novembre 2014 sur les initiations de traitement par rosuvastatine, ezetimibe et ezetimibe+simvastatine, après déploiement d'une campagne d'information des médecins.
Proposition 9 : Etendre les plans d'actions sur la pertinence de la chirurgie et mettre en place une stratégie graduée vis-à-vis des établissements en fonction de leur positionnement sur les indicateurs de pertinence	
Extension du champ du ciblage à d'autres actes chirurgicaux	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite de l'extension du champ de ciblage en 2015 aux actes de cholécystectomie, de chirurgie bariatrique, de chirurgie des

	nodules thyroïdiens et des amygdalectomies.
Déploiement d'une stratégie avec des actions ciblées selon le classement des établissements	<ul style="list-style-type: none"> • Définition d'une stratégie graduée avec le ministère de la santé dans le cadre de l'article 58 de la LFSS 2015 et pour une mise en œuvre sur le terrain par l'assurance maladie et les ARS à partir de 2015 : définition des indicateurs de ciblage, visites en établissements (avec profils, messages clés mémos et revues de dossiers), contractualisation et mise sous accord préalable.
Proposition 10 : Elaborer et mettre en œuvre un programme sur la pertinence des examens préanesthésiques	
Programme élaboré en 2015 en plusieurs phases : <ul style="list-style-type: none"> • d'information avec communication scientifiques à partir des travaux d'analyse de la CNAMTS sur des effectifs importants : intervention au congrès d'anesthésie réanimation de septembre 2015 et publication en cours • d'élaboration d'un programme d'accompagnement en partenariat avec la SFAR • de construction d'indicateurs de ciblage 	
Proposition 11 : Déployer un plan d'actions pour améliorer la pertinence des IRM des membres inférieurs et du rachis	
Elaboration d'un algorithme décisionnel avec la HAS	<ul style="list-style-type: none"> • Outil élaboré par la CNAMTS à partir des référentiels de la société française de radiologie en cours d'examen par la HAS
Accompagnement des MG et des radiologues	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne d'accompagnement programmée au début du second semestre 2015 • Réalisation de supports garantissant la bonne articulation entre les médecins prescripteurs et les radiologues
Proposition 12 : Renforcer les actions de maîtrise médicalisée sur les analyses biologiques	
<ul style="list-style-type: none"> • Développement et poursuite en 2015 des actions accompagnement auprès des médecins généralistes sur la prescription des analyses biologiques sur 3 thématiques : vitamine D, groupes sanguins & dosage des hormones thyroïdiennes. 	
Proposition 13 : Veiller à la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail	
<ul style="list-style-type: none"> • Diffusion de nouveaux référentiels de durée d'arrêts de travail (fiches repères). • Mise en place d'une campagne d'accompagnement auprès des prescripteurs à partir de juin 2015 sur la base d'un nouveau profil de prescription et d'un appui à la gestion de cas complexes • Mise en œuvre de nouveaux travaux sur la détermination de recommandations en matière d'arrêt de travail au sein de parcours de soins (arrêts de travail pour lombalgie...) • Déploiement sur l'année d'une campagne de sensibilisation (assurés et professionnels) aux dispositifs et aides à la reprise auprès des assurés en arrêts de travail de plus de 60 jours 	
Proposition 14 : Redonner une base légale au dispositif de régulation démographique des masseurs-kinésithérapeutes ayant fait l'objet d'un accord conventionnel des partenaires	

<ul style="list-style-type: none"> • Travaux en cours pour intégration d'une disposition législative visant à permettre aux partenaires conventionnels de prévoir des dispositions de régulation du conventionnement fondé sur des critères géographiques, pour certaines catégories de professions (chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, dont masseurs-kinésithérapeutes) dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé ou de la LFSS 2016 	
Proposition 15 : Mener une réflexion sur les flux démographiques des professionnels et leur cohérence avec les besoins et leurs objectifs financiers	
<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place, par le biais d'avenants conventionnels, de dispositifs de régulation démographiques spécifiques aux différentes catégories de profession et adaptés aux besoins régionaux définis par les ARS • Suivi de l'impact de ces mesures conventionnelles mis en place dans le cadre des instances nationales conventionnelles paritaires. • Travaux en cours à la CNAMTS pour s'assurer des capacités de maintenance ou d'adaptation de ces dispositifs. Les premiers résultats de ces travaux seront présentés aux professionnels de santé au second semestre 2015 pour nourrir les négociations conventionnelles. 	
3 - Optimiser les processus en améliorant la qualité des soins et la qualité de vie des patients	
Proposition 16 : Améliorer le dépistage de l'insuffisance rénale chronique et la prévention de l'insuffisance rénale chronique terminale	
<ul style="list-style-type: none"> • Travaux de concertation et de partenariat avec les sociétés savantes (néphrologie et hypertension artérielle) • Mise en place d'un groupe de travail associant les sociétés savantes concernées pour la production d'outils (mémos) sur la prévention de l'insuffisance rénale chez les patients hypertendus ou diabétiques. 	
Proposition 17 : Améliorer la greffe rénale	
Travaux menés par l'ABM, et le ministère de la santé (promotion du don, consentement présumé, prélèvement en cas d'arrêt cardiaque) avec mesures dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé	
Proposition 18 : Optimiser la prise en charge de la dialyse	
Ajuster les tarifs de la dialyse en centre et réduire les capacités en centre pour favoriser le développement de des techniques alternatives	Des baisses de tarifs des GHS et des forfaits de dialyse ont été réalisées dans la campagne 2015.
Permettre la prise en charge d'une prestation réalisée par une infirmière libérale dans le cadre de la dialyse à domicile	Les travaux seront mis en œuvre en fonction de la commercialisation des nouveaux générateurs d'hémodialyse à domicile prévue en 2016 voire 2017.
Elargir les forfaits de rémunération pour la dialyse péritonéale aux nouvelles techniques de dialyse à domicile	
Revoir le dispositif des	Action non encore mise en œuvre.

autorisations par les ARS	
Mieux informer les patients et former les professionnels de santé à ces techniques de prise en charge à domicile	Des publications en cours d'écriture par les associations de patients (FNAIR, Renaloo) seront mises à disposition au deuxième semestre 2015 après avis de la HAS.
Proposition 19 : Maîtriser les dépenses de transport pour la dialyse en centre	
<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre de l'expérimentation « carte de transports assis » pour les patients dialysés à partir de décembre 2014. • Intégration d'un plan d'actions au nouveau CAQOS 2015 comprenant une action obligatoire relative aux transports des patients dialysés avec transmission aux ES de données statistiques affinées. • Simplification de l'imprimé de prise en charge des transports en véhicule personnel/transport en commun avec accompagnement des centres de dialyse. • Elaboration d'une fiche repère destinée aux prescripteurs de transports pour les patients dialysés afin de réduire le recours à l'ambulance (en cours pour fin 2015). 	
Proposition 20 : Optimiser l'organisation du dépistage du cancer du sein	
Travaux en cours avec l'INCa et le Ministère de la santé, à la suite des travaux de réorganisation du dépistage cancer colorectal.	
Proposition 21 : Renforcer le respect des seuils de chirurgie du cancer	
<ul style="list-style-type: none"> • Les autorisations de chirurgie carcinologique ont été renouvelées. Un suivi spécifique est réalisé par les ARS • Les profils MMH T2A établis par la CNAMTS décrivent l'activité carcinologique des établissements en abordant la notion de seuil : campagne d'accompagnement des établissements de santé. 	
Proposition 22 : Evaluer la pertinence des mastectomies	
Des travaux de ciblage par la constitution d'une cohorte sont en cours et vont se poursuivre au second semestre (ciblage des établissements)	
Proposition 23 : Faire la transparence sur les délais de prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein	
Publication des délais de prise en charge, avec détails sur les délais d'accès à l'IRM pour cette localisation dans les rapports et enquêtes de l'INCa .	
Proposition 24 : Améliorer le diagnostic et le traitement de la dépression	
<ul style="list-style-type: none"> • Une action d'accompagnement à destination des MG sera mise en œuvre dès la publication de nouvelles recommandations de la HAS sur le traitement. • Travaux préparatoires prévus fin 2015 à la négociation de la nouvelle convention en 2016 (échéance septembre 2016), notamment sur la ROSP • Intégration au sein d'une action d'accompagnement des EHPAD d'un profil de consommation d'antidépresseurs, avec sensibilisation au risque de sous prise en charge chez la personne âgée. 	

Proposition 25 : Expérimenter une organisation de soins coordonnée pour les dépressions légères et modérées

- Participation de la CNAMTS à l'élaboration et au suivi du programme pluriannuel de la Haute Autorité de Santé relatif à la psychiatrie et à la santé mentale dont un thème concerne la dépression avec un aspect particulier de coordination des professionnels médecins généralistes et psychiatres.
- Mise en place d'un groupe de travail associant le ministère de la Santé, des experts psychiatres et psychologues, des représentants des médecins généralistes pour élaborer un cahier des charges précisant les conditions expérimentales d'une prise en charge graduée et coordonnée des patients dépressifs légers et modérés. Début d'expérimentation prévu début 2016 sur 2 à 3 territoires.